FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FRAK Raymond
Né à Paris le 7 Juillet 1909

Contribution à l'Etude des Soins de la Bouche dans le Milieu Hospitalier

Président : M. LEMAITRE, Professeur

EDITIONS JEL
16, rue Ernest-Cresson
PARIS-14e

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PAR

FRAK Raymond

Né à Paris le 7 Juillet 1909

Contribution à l'Etude des Soins de la Bouche dans le Milieu Hospitalier

Président : M. LEMAITRE, Professeur

EDITIONS JEL

16, rue Ernest-Cresson

PARIS-14e

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN . . . G. ROUSSY

1. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	TIFFENEAU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD. BEZANÇON. CARNOT. Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-larynogologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	Léon BERNARD.
Clinique de la Tuberculose	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE MULON OLIVIER. VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
BERNARD (Etienne). *Pathologie médicale.*
BERNARD (Henri) *Pathologie médicale.*
FEY ..... *Neurologie et Psychiâtrie*
BOULIN ..... *Pathologie médicale.*
CHABROL ..... *Pathologie médicale.*
CATHALA ..... *Pathologie médicale.*
BROCQ ..... *Pathologie chirurgicale.*
BULLIARD ..... *Histologie.*
ALAJOUANINE . *Pathologie médicale.*
CHEVALLIER .. *Physique.*
DOGNON ..... *Pathologie médicale.*
DONZELOT .... *Urologie.*
GASTINEL ..... *Parasitologie.*
GATELLIER .... *Bactériologie.*
GALLIARD ..... *Pathologie chirurgicale.*
DE GAUDART D'ALLAINES.. *Pathologie chirurgicale.*
GAYET ..... *Physiologie.*
GIROUD ..... *Histologie.*
HAGUENAU ... *Pathologie médicale.*
HALPHEN ..... *Oto-rhino-laryngologie.*
HUGUENIN .... *Pharmacologie.*
JOANNON ..... *Anatomie pathologique.*
HAZARD ..... *Hygiène.*
LABBE (Henri).. *Chimie biologique.*
LACOMME ..... *Obstétrique.*
LANTUEJOUL .. *Obstétrique.*

MM.
LAROCHE (Guy) *Pathologie médicale.*
LEMAIRE ..... *Pathologie expérimen*
LEVEUF ..... *Pathologie chirurgicale.*
Mlle J. LEVY ... *Pharmacologie.*
LEVY-VALENSI. *Neurologie et Psychiâtrie*
MOREAU ..... *Pathologie médicale.*
MOULONGUET . *Pathologie chirurgicale.*
MOUQUIN ..... *Pathologie médicale.*
OBERLING ..... *Anatomie pathologique.*
PETIT-DUTAILLIS.... *Pathologie chirurgicale.*
PIEDELIEVRE .. *Médecine légale.*
PORTES ..... *Obstétrique.*
QUENU ..... *Pathologie chirurgicale.*
RICHET ..... *Physiologie.*
SANNIE ..... *Chimie biologique.*
SENEQUE ..... *Pathologie chirurgicale.*
SEZARY ..... *Dermatologie et syphiligraphie.*
TROISIER ..... *Pathologie expérimentale.*
TURPIN ..... *Pathologie médicale.*
VALLERY-RADOT (Pasteur) .... *Pathologie médicale.*
VELTER ..... *Ophtalmologie.*
VIGNES ..... *Obstétrique.*
WILMOTH ..... *Pathologie chirurgicale.*

III. - AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE
pour le service des examens

MM.
ALGLAVE ..... *Pathologie chirurgicale.*
BUSQUET ..... *Pharmacologie.*
CHAILLEY-BERT . *Physiologie.*

MM.
LEROUX ..... *Parasitologie.*
NEVEU-LEMAIRE . *Physique.*
ZIMMERN .....

IV. - AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.
ABRAMI .....
AUBERTIN ....
BRULE ..... *Clinique médicale.*
CHIRAY .....
DUVOIR .....
HARVIER .....
LIAN .....

MM.
BASSET .....
CADENAT .....
HEITZ-BOYER .. *Clinique chirurgicale.*

MM.
GUENIOT ..... *Anatomie pathologique.*
LE LORIER ....
LEVY-SOLAL .. *Clinique obstétricale.*
METZGER .....

MOCQUOT .....
MOURE .....
SCHWARTZ ....

V. - CHARGES DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé ... *Education physique.*
FREY ..... *Stomatologie.*
LEDOUX-LEBARD ..... *Radiologie clinique.*
WEIL-HALLE ..... *Puériculture.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de ma très grande reconnaissance et de ma profonde affection.

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MA TANTE (in memoriam)

A MON ONCLE

Le Docteur J. FRAK, de Miami (U. S. A.)

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Professeur Fernand LEMAITRE

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

En respectueux hommage pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur RAISON

Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole de Stomatologie

qui guida mes études et dont je fus l'externe à l'Hôpital Bichat. Témoignage de ma très vive gratitude.

A Monsieur le Docteur LEMERLE

Stomatologiste des Hôpitaux

dont les conseils judicieux m'ont grandement facilité la rédaction de cette thèse. Témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur SALMON

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Assistant des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur GURAN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Beauvais

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

A MES NOMBREUX AMIS ET AMIES

INTRODUCTION

Le temps que nous avons passé dans les services de Stomatologie des Hôpitaux de Paris nous a incité à développer certains problèmes.

Dans notre thèse, nous avons l'intention d'essayer de mettre en valeur le rôle social que nous avons à remplir vis-à-vis des malades des consultations hospitalières.

En général, la clientèle qui vient à nous est composée d'indigents inscrits au Bureau de bienfaisance, de chômeurs ou d'ouvriers dont le salaire est relativement bas.

Nous avons en outre, dans une proportion assez élevée, des enfants envoyés par les différentes écoles primaires.

Nous devons chercher à assurer aux malades une bouche saine et une fonction masticatrice correcte ; tendre à supprimer la douleur tout en conservant le plus de dents possible.

Il nous faut encore orienter les édentés vers une prothèse économique et parfaitement utilisable.

Nous insisterons sur la nécessité d'un lien constant entre le Service de Stomatologie et les autres services de l'Hôpital. La clinique nous montre en effet les rapports étroits de l'état général et de la cavité buccale.

Nous essaierons de montrer l'importance des soins dentaires à donner aux enfants. Une surveillance étroite de la bouche des enfants permet souvent d'apporter une aide précieuse au pédiâtre.

Nous montrerons que le Service de la Consultation dentaire constitue véritablement un centre de dépistage et de prophylaxie dont l'utilité se fait sentir de plus en plus, aussi bien en Stomatologie qu'en Médecine générale.

Notre thèse a donc pour objet les points suivants :

A) Un historique des Services de consultation dentaire.

B) Une étude des traitements stomatologiques dans la pratique hospitalière.

Dans cette étude, nous chercherons à préciser :

1° La conduite des soins dentaires chez l'adulte ;

2° La conduite des soins dentaires chez l'enfant ;

3° La conception de la prothèse dans le milieu hospitalier ;

4° Le rapport des affections buccales avec les affections générales.

C) Une conclusion dans laquelle nous développerons quelques idées sur l'organisation des Services de consultation dentaire à l'Hôpital.

HISTORIQUE

Il y a cinquante ans, il n'existait pas de service hospitalier consacré aux maladies de la bouche et des dents. Ainsi notre spécialité n'avait aucun développement.

Nous allons résumer brièvement l'historique des services de consultation dentaire à l'hôpital.

Le 20 août 1887 paraît un arrêté ayant pour objet la création de centres spéciaux pour les soins de la bouche.

Les Hôpitaux et les Hospices furent répartis en huit groupes à chacun desquels fut attaché un Docteur en médecine.

Voici d'ailleurs la répartition effectuée :

1er Groupe (auquel fut attaché le Docteur Piekiewicz) :
- Hôtel-Dieu ;
- Hôpital de Lourcine ;
- Hôpital de la Clinique.

2e groupe (auquel fut attaché le Docteur Andrieux) :
- Hôpital de la Charité ;
- Maternité ;
- Hospice des Enfants Assistés.

3e groupe (auquel fut attaché le Docteur David) :

Hôpital de la Pitié ;
Hôpital du Midi ;
Hôpital Cochin.

4e groupe (auquel fut attaché le Docteur Gaillard) :

Hôpital Saint-Antoine ;
Hôpital Andral ;
Hôpital Trousseau.

5e groupe (auquel fut attaché le Docteur Galippe) :

Hôpital des Enfants-Malades ;
Hôpital Necker ;
Hôpital Laennec.

6e groupe (auquel fut attaché le docteur Ferrier) :

Hôpital Lariboisière ;
Hôpital Beaujon.

7e groupe (auquel fut attaché le Docteur Marchandet) :

Hôpital Saint-Louis ;
Hôpital Tenon ;
Hôpital Bichat.

8e groupe (auquel fut attaché le Docteur Cruet)

Hospice de Bicêtre ;
Hospice de la Salpêtrière.

Tous les médecins étaient nommés pour une période de six ans à dater du 1er janvier 1888.

Nous voyons qu'au début le médecin devait assurer le service dans plusieurs hôpitaux. Il n'y avait pas, par conséquent, de consultation quotidienne. Le service était assuré une ou deux fois par semaine. D'autre part, un grand nombre de personnes étrangères au corps médical fréquentaient les services.

Aussi la circulaire du 8 janvier 1890 rappela aux direc-

teurs des Hôpitaux que seuls devaient avoir accès dans les consultations les Docteurs et les Etudiants.

Bien vite on s'aperçut de l'insuffisance du nombre des services, et l'arrêté du 18 novembre 1891 modifia assez sensiblement la composition du corps médical chargé d'assurer les soins de la bouche dans les Hôpitaux.

Le nombre des dentistes fut porté de 8 à 17, savoir :

12 dentistes titulaires,
5 dentistes adjoints.

Les douze dentistes titulaires furent attachés aux hôpitaux suivants :

Hôtel-Dieu, Lariboisière, Pitié, Tenon, Charité, Saint-Louis, Saint-Antoine, Enfants-Malades, Necker, Trousseau, Beaujon, Hospice des Enfants Assistés.

En même temps, on organisa trois nouveaux groupes à chacun desquels fut attaché un dentiste adjoint :

1er groupe :
Hôpital du Midi ;
Hôpital de Lourcine ;
Hôpital temporaire Pascal.

2e groupe :
Hôpital Cochin ;
Maternité et clinique Baudelocque ;
Clinique de la rue d'Assas.

3e groupe :
Hôpital Laennec ;
Hôpital Bichat ;
Hôpital Andral.

Depuis, le nombre des services et des dentistes titulaires ou adjoints ne cessa de s'accroître.

Le 6 juin 1895. — Création d'une nouvelle circonscription dentaire confiée à un dentiste adjoint, comprenant

l'Hôpital Broussais, la Maison de retraite de la Rochefoucauld et l'hospice d'Ivry.

Le 14 janvier 1896. — Création de cinq places nouvelles de dentistes adjoints, ceci pour permettre à un certain nombre d'entre eux qui n'auraient aucun service dans les hôpitaux de faire les remplacements ou suppléances qui se présenteraient.

Le 12 octobre 1899. — Création d'une nouvelle circonscription dentaire : Hôpital Boucicaut, Maison de retraite des Ménages, Institution Sainte-Périne, circonscription confiée à un dentiste adjoint. En même temps, adjonction d'assistants aux dentistes titulaires de l'Hôtel-Dieu, Lariboisière, Saint-Louis, Saint-Antoine.

A ce moment, les cadres se répartissaient de la façon suivante :

12 dentistes titulaires ;
13 dentistes adjoints dont 7 chargés de circonscriptions ;
4 assistants dont
2 chargés exclusivement de remplacements.

Puis, **le 17 octobre 1906,** à la suite de la fondation des Ecoles Dentaires, une entente survint entre celles-ci et l'Assistance publique.

Les Ecoles Dentaires assureraient les soins aux personnes admises au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite ou inscrites à l'indigence.

Naturellement, la nomination des dentistes des hôpitaux se faisait par concours, mais il fallut renforcer le règlement. Le 20 mars 1912, conformément au désir exprimé par la Société médicale des dentistes des hôpitaux et à l'avis émis par le Conseil de surveillance dans sa séance du 22 février, il fut décidé qu'on prendrait certaines mesures en vue d'instituer un contrôle administratif du stage de deux années dans un service dentaire hospitalier dont

devraient, aux termes du règlement, justifier les candidats qui désireraient prendre part au concours.

Au cours de la Grande Guerre, les Services dentaires jouèrent un rôle considérable; le 10 septembre 1915, on installa des centres de prothèse pour les blessés. Après la guerre, de nombreuses améliorations furent apportées..

Le 23 juin 1920. — Création d'une consultation dentaire à Forges-les-Bains.

Le 24 février 1921. — Création d'une consultation dentaire au sanatorium Villemin.

On s'aperçut bien vite qu'il était indispensable de créer des services quotidiens.

A partir du 1er octobre 1922, les consultations dentaires bihebdomadaires des hôpitaux : Hôtel-Dieu, Cochin, Pitié, Lariboisière et Saint-Louis sont transformés en consultations dentaires quotidiennes fonctionnant comme centres thérapeutiques.

A chaque service étaient attachés :

un dentiste titulaire des Hôpitaux ;
un dentiste adjoint ;
un dentiste assistant choisi parmi les docteurs admissibles aux concours.

C'est à partir du 1er octobre 1922 que véritablement on put pratiquer les soins dentaires dans les services hospitaliers. Avant cette date, on se limitait aux traitements d'urgence.

Le 18 décembre 1922. — Création d'un centre de consultation dentaire à Vaugirard.

Le 28 avril 1923. — Un arrêté porta réorganisation des Services dentaires des Hôpitaux. Il substitua au titre de : dentiste honoraire celui de stomatologiste honoraire ; dentiste titulaire celui de stomatologiste titulaire ; dentiste adjoint celui de stomatologiste adjoint, et le concours fut soumis à un nouveau règlement.

A partir du **6 décembre 1923**, l'Ecole Française de Stomatologie fut autorisée à donner des soins aux malades bénéficiant de l'Assistance médicale gratuite.

Le 9 novembre 1923. — On mit tout en œuvre pour permettre aux enfants hospitalisés de procéder aux soins dentaires commandés par l'hygiène.

Le 22 décembre 1926. — Création de deux emplois d'externes attachés aux services dentaires suivants : Hôtel-Dieu, Pitié, Cochin, Lariboisière, Saint-Louis.

Le 16 juillet 1927. — Il est ouvert à l'hospice de Brévanne une deuxième consultation dentaire.

Le 17 février 1928. — Ouverture d'un atelier de prothèse à l'hospice de la Salpêtrière.

Le 1er décembre 1930. — Arrêté permettant l'attribution de soins dentaires aux pupilles de l'Assistance.

A partir du 31 décembre 1930. — Les malades de la banlieue inscrits à l'Assistance médicale gratuite pourront bénéficier de l'atelier de prothèse dentaire.

Le 10 novembre 1931. — Création d'une consultation dentaire au Sanatorium de Champrosay.

Le 18 janvier 1932. — On transforme certaines consultations dentaires en services quotidiens : Trousseau, Saint-Antoine, Necker, Enfants-Malades. Les services des hôpitaux suivants fonctionneront trois fois au lieu de deux : Tenon, Laennec, Bretonneau.

Enfin, à dater du **10 juillet 1932**, fut mise en service, trois fois par semaine, la consultation dentaire de la Policlinique du boulevard Ney.

LA CONDUITE DES SOINS DENTAIRES CHEZ L'ADULTE

Nous pensons superflu d'avoir à mettre en évidence l'importance qu'il y a pour un individu d'avoir une cavité buccale en parfait état. Outre l'envahissement local péribuccal (phlegmons circonscrits, sinusite, parotidite, infections oculaires) des infections buccodentaires, il est bien établi qu'il existe des diffusions dans tout l'organisme.

Nous savons bien que cette diffusion est due d'une part à la virulence du microbe et d'autre part à une diminution de résistance de l'individu ; heureusement, elle n'est pas la règle ; il n'est pas moins vrai, cependant, qu'il est important de traiter chez tout malade, et en particulier dans le milieu hospitalier :

1° Toutes les caries superficielles ;

2° Toutes les dents atteintes de pulpite chronique ou aiguë ;

3° Toutes les dents infectées ;

4° Tous les foyers infectieux d'origine dentaire.

1° Les caries superficielles

Nous entendons par caries superficielles les caries qui respectent la vitalité de la pulpe. La plupart du temps, ce n'est qu'au cours d'un hasard d'examen que nous sommes amenés à découvrir ces lésions : en effet, la symptomatologie de ces caries est très discrète ; elles ne provoquent la plupart du temps qu'une douleur peu intense au contact d'aliments sucrés ou d'agents irritants. Quelquefois, cependant, les irritations muqueuses qu'entourent les bords tranchants de ces caries amèneront le malade à nous consulter.

Notre rôle consistera à réparer les dommages causés par le processus de la carie de façon à éviter :

a) Les récidives ;

b) Une évolution vers la pulpe, origine de complications plus importantes: pulpites, arthrite alvéolodentaire, fistule, fluxion, abcès, kystes, etc..., etc... ;

c) Une perte de substance qui entraînerait, outre des troubles de l'articulé possibles une diminution de la surface masticatrice.

Le traitement de ces lésions est d'ailleurs simple et peut être effectué en deux séances avec le maximum de succès. Les obturations seront faites avec les différents amalgames et ciments mis à notre disposition : ils présentent le double avantage d'être d'un emploi facile et d'une solidité remarquable ; pour les dents antérieures, nous emploierons les ciments translucides.

2° Les Pulpites

La symptomatologie de la pulpite est le plus souvent donnée par l'élément douleur.

C'est surtout à ce stade de l'évolution des caries que les malades viennent à nous dans le service de consultation.

Notre rôle consistera à :

a) Supprimer la douleur ;

b) Désinfecter la dent après avoir extirpé la pulpe ;

c) Obturer la chambre pulpaire et les canaux, s'il y a lieu, de façon à pouvoir restaurer la partie coronaire.

Nous voyons tout de suite que le traitement des pulpites est beaucoup plus long et plus délicat que le traitement des caries superficielles.

Il importe d'ailleurs, au début du traitement, de savoir l'état d'infiltration microbienne de la pulpe qui peut atteindre la portion coronaire tout en respectant les filets radiculaires. De cet examen, découlera notre thérapeutique. Une atteinte strictement localisée à la pulpe coronaire n'appellera pas toujours au niveau des multiradiculées une pulpectomie complète. Pour les uniradiculées, il est évident que les filets radiculaires seront extirpés complètement.

En somme, l'idée directrice qui présidera aux traitements des pulpites sera d'extirper la pulpe et les filets radiculaires chaque fois que cette opération sera simple et pourra être conduite d'une façon aussi aseptique que possible.

Il est préférable d'extraire toute dent atteinte de pulpite si nous avons la moindre chance d'échec et si la moindre possibilité d'infection doit se produire à une date plus ou moins éloignée.

3° Les dents infectées

Lorsque la pulpe est gangrenée et à plus forte raison lorsque l'infection atteint le périodonte et est susceptible

d'amener des monoarthrites et leurs complications, nous devrons être, dans les consultations hospitalières, aussi peu conservateurs que possible.

Chez les rhumatisants chroniques et chez les individus atteints d'endocardite, nous devons supprimer tous ces foyers infectieux, car nous savons l'importance qu'il y a à supprimer chez de tels individus tous les foyers d'infection.

Chez les individus bien portants, nous pourrons être plus largement conservateurs, mais encore faudra-t-il que nous ayons de bonnes raisons pour traiter une dent infectée.

Nous traiterons facilement les dents antérieures qui sont monoradiculées, nous conserverons seulement celles qui se révéleront indispensables comme points d'appui d'une prothèse partielle ultérieure.

Chez les jeunes, les dents de six ans en mauvais état seront extraites lorsqu'elles se carient dès qu'elles commencent à apparaître ; on risque d'entraîner le patient dans une série de soins prolongés qui restent le plus souvent inefficaces.

4° Les foyers infectieux d'origine dentaire

Lorsque nous sommes en présence des complications des infections d'origine dentaire, notre ligne de conduite devra être indiquée par le diagnostic précis de ces complications et de leur étendue.

Doit-on extraire la dent au cours de l'infection même ou doit-on attendre que l'inflammation soit refroidie ?

Cette question a été discutée au VIIe Congrès Français de Stomatologie (Paris, 1932) et il semble qu'on puisse tirer les conclusions suivantes énoncées par M. le Docteur Raison :

Il importe, dès maintenant, de bien marquer qu'il ne s'agit pas de diviser l'opinion en deux camps : celui des

interventionnistes et celui des abstentionnistes et de savoir qui des deux l'emportera. La question est plus complexe et si l'on peut soutenir à la rigueur que l'abstentionniste absolu est plus dangereux que l'interventionniste intransigeant, on peut affirmer cette certitude que les deux sont de mauvais cliniciens.

C'est mal aborder le problème que de l'envisager sous un aspect trop général en présence de cas pathologiques variés. Les caractères anatomo-cliniques des inflammations aiguës d'origine bucco-dentaire sont variables et influent considérablement sur l'évolution et le pronostic de l'affection. C'est énoncer une vérité première que d'affirmer que seul un diagnostic anatomo-clinique précis permet d'établir une thérapeutique judicieuse.

Pour que la discussion reste claire, il nous paraît indispensable d'examiner, l'un après l'autre, les différents cas d'infection aiguë rencontrés dans la pathologie bucco-dentaire.

L'extraction immédiate ne semble pas devoir être discutée :

a) Lorsqu'une dent du maxillaire supérieur est cause d'une sinusite ;

b) Lorsqu'une dent de sagesse en malposition est cause de troubles de gingivite et de gingivo-stomatite à répétition.

Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'accidents inflammatoires osseux, cellulaires ou ganglionnaires.

Accidents osseux. — Si l'os est infecté, nous pouvons être en présence d'un ostéo-phlegmon, d'une ostéite ou d'une ostéomyélite.

L'ostéo-phlegmon odontopathique ou ostéo-périostite décrit par M. le Professeur Sébileau, succède à la monoarthrite apicale. C'est un phlegmon osseux circonscrit

d'emblée, où le pus collecté sous le périoste vient se faire jour à la peau ou à la muqueuse. Généralement, l'abcès comble le sillon gingivo-jugal, c'est l'ostéo-phlegmon externe ; ou bien il fait saillie sous le bord inférieur de la mandibule, ostéo-phlegmon inférieur, ou sur la face interne de l'os, ostéo-phlegmon interne.

En présence d'un ostéophlegmon, il est indiscutable qu'il faut supprimer la dent causale, mais ce qui peut se discuter, c'est le moment opportun de l'intervention.

Lorsque le pus est bien collecté, facilement accessible, n'a-t-on pas avantage à drainer d'abord ce pus pour intervenir secondairement, vingt-quatre ou quarante-huit heures après, au lieu d'extraire et de drainer en même temps ?

Il ne nous paraît pas impossible de soutenir que l'intervention en deux temps a ses avantages :

1° Un **drainage** au bistouri ou au thermo-cautère, fait au point déclive, est meilleur qu'un drainage fait par l'alvéole au maxillaire inférieur ;

2° Le pus une fois drainé, l'extraction se fait dans de meilleures conditions :

L'état général du malade est meilleur ;
Le trismus est moins intense ;
L'anesthésie locale est facile ;
On n'ouvre pas la plaie alvéolaire dans le pus ;
L'extraction se fait assez tôt, avant que de nouveaux accidents aient pu se produire.

Lorsqu'il s'agit d'ostéite ou d'ostéomyélite, l'avulsion de la dent causale dès le début de l'affection ne se discute pas, il est évident qu'il faut supprimer la cause de l'infection.

Pour ce qui est des autres dents situées dans la région où l'os est le siège des phénomènes inflammatoires ou de nécrose, tout le monde n'est pas d'accord.

Doit-on faire le sacrifice d'une ou plusieurs dents voisines de la dent causale pour éviter dans les cas graves des complications locales ou à distance ? Ou bien doit-on, avec M. Rousseau-Decelle, examiner soigneusement l'état des dents mobiles et différencier ainsi celles qui sont mobiles avec un séquestre ou dont la racine, presque entièrement dénudée de son ligament, est en contact avec l'os mort des dents qui sont mobiles par œdème du ligament et inflammation de l'os constituant l'alvéole et conserver les dernières ?

Les raisons que donne M. Rousseau-Decelle et les résultats cliniques obtenus nous ont conduit à adopter sa méthode. Ces raisons sont les suivantes :

L'os n'est pas correctement drainé par voie alvéolaire ;

L'alvéole déshabité est au contraire une porte ouverte à l'infection ;

On fait subir au malade une importante mutilation.

Accidents cellulaires. — Les cellulites d'origine dentaire ou péridentaire sont localisées ou diffuses ; qu'elles soient consécutives à un accident de dent de sagesse ou à un ostéophlegmon, le problème est le même.

Dans les cellulites localisées, c'est-à-dire lorsque l'inflammation se limite et que le pus se collecte, par exemple dans le cas d'abcès buccinato-maxillaire, de phlegmon du pilier antérieur, ou de phlegmon périamygdalien consécutif à un accident de dent de sagesse, doit-on intervenir simultanément sur la dent et sur la collection purulente ou au contraire est-il préférable d'ouvrir d'abord une poche de pus bien collecté pour extraire ensuite la dent causale ou même chercher à la conserver ?

Il semble bien que l'on soit unanimement d'accord pour ne pas conserver la dent, mais que le différend entre l'ex-

traction immédiate et l'extraction retardée n'est pas tranché.

Là encore, il paraît cependant plus logique d'apaiser d'abord les phénomènes inflammatoires par un traitement local (drainage) et un traitement général (vaccins, électrargol) pour ensuite intervenir à froid sur la dent causale.

Dans les cellulites diffuses, que l'on ait affaire à une cellulite cervicale ou à une angine de Ludwig, on est en présence d'une infection grave. La septicémie est installée, il importe de tarir au plus tôt, ou tout au moins de diminuer, par tous les moyens, l'intensité des foyers d'infection. Le malade est en danger, la dissémination microbienne est faite, il n'y a plus à craindre de la provoquer, et la thérapeutique doit être ici simultanément locale et générale. Il serait illogique, semble-t-il, d'extraire secondairement la dent source première de l'infection septicémique.

Accidents ganglionnaires. — Les adénites ont une évolution moins rapide et moins sévère que les cellulites.

Lorsque l'adénophlegmon n'est pas encore constitué, une désinfection locale, un traitement général (vaccins, bactériophages, électrargol) ont une action certaine. Il est donc souvent intéressant pour certains de ne pas extraire immédiatement la dent causale, mais de refroidir l'adénite avant d'extraire la dent, l'extraction au cours d'une adénite pouvant activer l'évolution vers l'adénophlegmon.

Quand l'adéno-phlegmon est constitué, un drainage filiforme paraît s'imposer avant l'extraction.

LA CONDUITE DES SOINS DENTAIRES CHEZ L'ENFANT

Le rôle du stomatologiste dans le milieu hospitalier consiste à surveiller la dentition chez l'enfant et à parer à tous les accidents qui peuvent se produire au cours de l'évolution dentaire.

La première dent apparaît à six mois environ. On dit que l'éruption est tardive lorsque la première dent apparaît après dix mois. Les causes de ce retard sont multiples, mais il faut incriminer surtout la mauvaise alimentation. Nous connaissons l'heureuse influence de l'allaitement au sein pour activer l'apparition des dents ; l'allaitement artificiel, lorsqu'il est mal dirigé, amène, outre des troubles dyspeptiques qui retentissent sur l'état général, un retard dans l'apparition de la dentition.

D'ailleurs, une alimentation trop précoce, un sevrage mal réglé, l'usage prématuré ou l'abus de certains aliments sont incontestablement facteurs de rachitisme, et l'on sait le rôle important que joue le rachitisme, tant sur le déve-

loppement des maxillaires que sur l'état du système dentaire.

La syphilis héréditaire, la tuberculose, les troubles endocriniens amènent, outre des modifications de la structure des dents, des troubles dans l'éruption des germes.

Ce fait n'est d'ailleurs pas exclusivement dévolu aux affections chroniques, puisque des pyrexies survenant au cours des premières années : rougeole, pneumonie, broncho-pneumonie, fièvre typhoïde produisent, pour certains, un retard d'éruption. Chez le jeune enfant, nous observerons des accidents d'éruption: prurit gingival, au début, accompagnant une rougeur anormale de la muqueuse qui peut se compliquer de péricoronarite exsudative et purulente.

M. Thibault a montré les troubles généraux que ces accidents peuvent amener et la thérapeutique à instituer.

Variot, rappelant ses recherches à la Goutte de Lait de Belleville, après dépouillement de 500 fiches, releva des arrêts de développement pondéral et statural nettement en rapport avec l'évolution des dents. Signalons que le Professeur Hutinel a donné, dans la « Revue de Stomatologie » de 1909 une théorie des troubles digestifs, et en particulier des flux gastriques et intestinaux en rapport avec l'hypersécrétion salivaire qui accompagne les accidents d'éruption dentaire ; l'hypersécrétion salivaire provoquerait des modifications considérables dans les sécrétions gastriques, pancréatiques, intestinales, ceci expliquerait :

Les vomissements coïncidant souvent avec l'éruption dentaire ;

L'intolérance à l'égard de certains aliments qui se manifeste pour la première fois à l'occasion de l'apparition de la première dent, intolérance qui se manifestera à chaque éruption de dent comme si l'organisme était sensibilisé.

Rappelons certains accidents plus rares :

Accidents de l'appareil respiratoire ;
Accidents cutanés d'origine reflexe.

Ainsi nous pensons qu'il doit se créer un rapport étroit entre le Service de Stomatologie et la Maternité.

LES SOINS DENTAIRES CHEZ L'ENFANT

DENTS DE LAIT

Il est évident qu'il y a intérêt pour un enfant à ce qu'il conserve sa dentition temporaire jusqu'à l'âge physiologique de la chute des dents de lait.

En effet, comme le dit M. Izard :

« Toute extraction, chez un sujet jeune, tend à produire une déformation plus ou moins importante, toute extraction précoce de dent temporaire pratiquée avant l'apparition des dents permanentes correspondantes risque de provoquer une modification de l'arcade et risque d'empêcher l'éruption des dents permanentes. »

M. Izard donne les quatre règles suivantes concernant les extractions des dents temporaires :

Règle 1. — Il ne faut jamais extraire une dent temporaire saine avant l'époque de sa chute normale.

Règle 2. — Lorsqu'une dent temporaire ne présente aucune mobilité à une époque où, normalement, elle devrait être remplacée, il ne faut jamais l'extraire avant d'avoir vérifié que la permanente de remplacement existe et même est prête à faire bientôt son éruption.

Règle 3. — Toute dent temporaire en rétention totale à l'époque normale de sa chute doit être extraite pour permettre l'évolution de la permanente.

Règle 4. — Chaque fois qu'une extraction précoce de dent temporaire est pratiquée, il faut se tenir prêt à maintenir l'espace ainsi produit.

L'importance du traitement des cariés des dents de lait en découle.

Vers l'âge de six ans, la première dent permanente fait son apparition.

Puissante, elle va constituer un point d'appui qui sera la clé de voûte de la future articulation. De son avenir dépend l'équilibre de toute la dentition. Qu'elle vienne à disparaître, et c'est la rupture de l'équilibre articulaire : la deuxième grosse molaire basculera sur son axe et l'articulation ne se fera plus par les surfaces triturantes. Nous n'avons pas à mettre ici en évidence les troubles secondaires que la rupture de l'articulé peut amener.

Qu'il soit permis cependant de les signaler. Jean Chatellier en a d'ailleurs fait un résumé remarquable dans une intéressante communication lors d'un récent Congrès de Stomatologie.

La clinique montre, en outre, que la dent de six ans se carie souvent et avec une extrême rapidité. Commençant son évolution de très bonne heure (quatre-vingt-dixième jour de la vie intra-utérine), elle est susceptible de recevoir tous les à-coups de la santé maternelle. Assez fréquemment, il se produit de ce fait des troubles de la structure intime de la dent, qui se traduisent morphologiquement par des dystrophies et des érosions, auxquelles nous sommes logiquement en droit d'attribuer les nombreuses caries observées.

La syphilis crée, en particulier, des érosions de la dent de six ans. Ces lésions traduisent le résultat de la lutte passagère, mais intense, entre le tréponème et l'orga-

nisme. La syphilis est une maladie chronique qui évolue par poussées aiguës. La présence d'une dystrophie nettement caractéristique nous permettra de faire un diagnostic rétrospectif qui présentera, sans être absolu en lui-même, un intérêt considérable, surtout si nous trouvons dans la cavité buccale d'autres stigmates d'une spécificité latente ou héréditaire.

Le Traitement orthodontique à l'hôpital

Notre rôle serait incomplet si nous nous bornions, chez les enfants, à traiter la dent et à prévenir la carie. Il semble qu'il est indispensable pour le stomatologiste de surveiller le développement des maxillaires qui ne se fait malheureusement pas toujours en harmonie avec le développement des dents. Les dents peuvent avoir une évolution retardée alors que les maxillaires sont normalement constituées. Cliniquement, d'ailleurs, nous observons le plus souvent le phénomène inverse. L'évolution dentaire est normale alors que les maxillaires n'ont pas atteint leur plein développement. La lame épithéliale génératrice se plisse, les dents chevauchent. La lésion est constituée.

Ces dysharmonies de croissance sont certainement sous la dépendance de facteurs nombreux non encore bien définis. Nous avons essayé de les classer. Nous distinguerons :

— Les **causes locales.**

1. Les **obstacles respiratoires.** Par la gêne qu'ils apportent au transit aérien, ont une action non contestable sur le développement des maxillaires.

2. **Attitudes vicieuses.**

— Les **causes générales.** Beaucoup plus difficiles à met-

tre en évidence. Le rachitisme et la syphilis nous semblent jouer un rôle prépondérant.

Les causes générales se surajoutent aux causes locales, et il est souvent bien difficile de faire la part des choses.

I. LES OBSTACLES RESPIRATOIRES

Nous rencontrerons, parmi les causes de déséquilibre respiratoire :

a) Des obstacles du naso-pharynx ;

b) Des obstacles des fosses nasales ;

c) Des obstacles oro-pharyngés.

a) **Obstacles naso-pharyngés.**

Pour Pierre Robin, l'atrésie des maxillaires serait liée à une obstruction basse glossopharyngée.

Pour les Américains, l'obstacle serait surtout amygdalien. Pour MM. Izard et Worms, il s'agirait surtout d'une obstruction nasale haute.

L'obstruction nasale semble appelée à jouer un rôle de premier plan dans la pathologie de l'enfance. Elle provoque des déformations considérables.

Outre les végétations adénoïdes qui existent chez l'enfant de 3 à 6 mois, on trouve très fréquemment des déformations du squelette du massif facial. L'enfant est souvent inintelligent, son attitude est caractéristique : enfant hébété à la bouche entr'ouverte, les diamètres transversaux des maxillaires diminués traduisent l'atrésie des maxillaires. Verticalement, on note une hauteur considérable de la voûte palatine. Les malpositions dentaires et les troubles de l'articulé sont souvent importants. La langue, à l'étroit entre les maxillaires, est souvent ptosée.

b) **Obstacle nasal.**

Il amène inéluctablement une respiration buccale. Il est dû, soit à une étroitesse narinaire anormale, soit à une déformation de la cloison, soit à un polype, soit à une rhinite hypertrophique chronique d'étiologie syphilitique le plus souvent.

Rarement d'ailleurs, les deux fosses nasales sont obstruées au même degré, ceci nous explique que les déformations sont souvent asymétriques (Dommange, 1923).

c) **Obstacles oro-pharyngés.**

On tient souvent peu compte de ces obstacles, les déformations produites étant peu fréquentes. Les organes en cause sont les amygdales ou la langue.

a) L'hypertrophie amygdalienne déplace la mandibule en avant ;

β) Robin a beaucoup insisté sur la coexistence de glossoptose dont la présence impose l'ouverture de la bouche pour respirer et détermine des compressions de paquets vasculo-nerveux et lymphatiques du cou d'autant plus importantes que l'enfant est plus jeune.

Pour le Professeur Brindeau, cette malformation existe quelquefois chez le nouveau-né et peut être si prononcée que les voies respiratoires se trouvent complètement fermées.

A côté des causes, pourrait-on dire mécaniques, précédemment citées, obstructions naso-pharyngées, obstructions nasales, obstacles oro-pharyngés, nous devons citer des causes plus rares telles que : le déséquilibre musculaire dû à une paralysie faciale unilatérale, et les habitudes diverses, dont la plus fréquente est la succion des doigts.

II. CAUSES GENERALES

Les causes générales des malformations des maxillaires sont multiples. Nous mentionnerons les intoxications, les troubles généraux de la nutrition, les fatigues physiques, les troubles du métabolisme du calcium, les carences en vitamines, en sels minéraux, les troubles endocrino-sympathiques, qui ont certainement une action sur le développement des dents et des maxillaires, action encore peu individualisée.

Le rachitisme, cependant, a fait l'objet de travaux approfondis et il nous semble que les déformations maxillaires qui en résultent sont bien individualisées.

Le rachitisme, en effet, est un syndrome constitué par des troubles complexes, mais caractérisés essentiellement par le ramollissement et les déformations des os.

Actuellement, on reconnaît qu'il est l'aboutissant de causes multiples : allaitement artificiel, sevrage prématuré, troubles digestifs, manque d'air et de lumière, infections chroniques parmi lesquelles Marfan fait jouer un rôle primordial à la syphilis héréditaire. Lesné et ses élèves n'attachent qu'une importance relative à la syphilis héréditaire, à la tuberculose et aux infections de la première enfance. Pour eux, trois facteurs dominent l'étiologie du rachitisme : les troubles digestifs de la première enfance, les fautes du régime alimentaire et l'absence de lumière.

En se rapportant à ces constatations, il est évident qu'à l'hôpital nous aurons l'occasion de rencontrer souvent des cas de rachitisme.

En effet, notre clientèle enfantine hospitalière habite le plus souvent dans des logements insalubres où l'air et la lumière pénètrent peu.

Les déformations du maxillaire inférieur sont caractéristiques : la première, l'ouverture exagérée de l'angle, ce

que Frey et De Nevrezé appellent l'obtusisme rachitique. La seconde, décrite par Ferrier, est une modification angulaire : c'est l'élargissement de l'os limité à cet angle.

Le maxillaire supérieur, au contraire, est souvent étalé, le palais est plat, les dents le plus souvent éversées et présentent fréquemment des diastèmes importants.

En présence de ces malformations, que pouvons-nous faire dans le milieu hospitalier ?

La grande proportion des enfants examinés nous a montré qu'il s'agissait surtout d'enfants atrésiés ayant des obstructions du pharynx avec des maxillaires étroits, en forme d'ogive.

Il y a intérêt, chez ces enfants, à pratiquer des dilatations des maxillaires après avoir supprimé l'obstacle respiratoire.

Nous ne rentrerons pas dans le détail des appareils à employer, ce n'est pas ici qu'ils doivent être décrits.

Nous dirons seulement qu'à l'hôpital nous devrons pratiquer une orthodontie simple, correcte et raisonnée, après avoir supprimé les obstacles respiratoires, condition essentielle de la réussite. Nous rappellerons que c'est seulement depuis le 7 novembre 1933 qu'il est possible de traiter les enfants atteints de malformations des maxillaires.

Nous nous sommes renseigné auprès des chefs de service qui dirigent les consultations dentaires réservées aux enfants.

A l'Hôpital Trousseau, durant l'année 1934, il a été entrepris 157 cas d'orthodontie, à l'Hôpital des Enfants-Malades 115.

Ces soins nécessitent beaucoup de temps, si bien qu'actuellement il est impossible de soigner tous les enfants sans exception.

L'orthodontie devrait entrer dans la thérapeutique journalière. En la négligeant, on écarte un gros traitement stomatologique.

Nous concluerons en disant que nous devons attacher

une grande importance aux soins dentaires chez les enfants.

Nous devons soigner les dents de lait chez les jeunes enfants et éviter le plus possible les extractions de ces dents temporaires.

Nous devons mettre tout en œuvre pour corriger les malformations des maxillaires dont le retentissement sur le développement physique et intellectuel du jeune enfant est prouvé, en harmonisant notre thérapeutique locale avec la thérapeutique générale du pédiatre et de l'oto-rhino-laryngologiste.

De l'utilité de créer des consultations du jeudi après-midi pour les enfants

Nous savons que les consultations dentaires fonctionnent tous les matins en semaine. Or les enfants vont tous à l'école et ne sont réellement libres que le jeudi et le dimanche. Les parents hésitent à nous amener leurs enfants le matin, car ils ne veulent pas leur faire manquer la classe. Lorsque les soins doivent durer une séance, l'enfant pourra venir un matin, il aura une absence à l'école, mais s'il doit venir régulièrement pour des dents à soigner, il est obligé de manquer la classe plusieurs fois. Ces absences répétées portent préjudice à l'instruction de l'enfant. C'est pourquoi il serait bon de créer des consultations du jeudi après-midi réservées exclusivement aux enfants des écoles.

Nous avons des consultations du soir pour les maladies vénériennes. Elles donnent entière satisfaction. Pour assurer une bonne dentition à nos enfants, nous ne devons pas hésiter à faire notre possible pour que le jeudi après-midi soit réservé aux soins de leurs dents.

Ainsi nous encouragerons les enfants à venir à nous. Et nous verrions de moins en moins un grand nombre de

jeunes gens et jeunes filles de vingt ans presque complètement édentés. Nous devons tenter cette expérience.

Assistantes sociales. — D'autre part, nous savons qu'il est quelquefois difficile à des parents de conduire leurs enfants à l'hôpital en raison des occupations qui les retiennent dans la journée.

C'est pour cette raison qu'a été créé le service social à l'hôpital. Il agit en parfait accord avec les services de l'Administration.

Cette œuvre a pour but d'améliorer le rendement économique et social de l'œuvre hospitalière, soit en procurant aux médecins les renseignements les plus circonstanciés sur le milieu social auquel appartiennent les malades, sur les difficultés professionnelles qui les accablent, sur leurs charges de famille.

Les Assistantes sociales sont les agents de liaison entre les malades et leurs familles qu'elles visitent en amies.

Nos rapports avec les Ecoles primaires. — Nous nous permettons de publier des extraits d'une communication présentée par M. Maurice Grandjean, inspecteur administratif des bâtiments et des services d'hygiène scolaire à la Préfecture de la Seine, au Congrès international de l'Enfance tenu à Paris le 12 juillet 1933.

« L'inspection médicale des écoles, ébauchée à Paris « entre 1833 et 1842, a été instituée dans tous les départements de la Seine en 1879 avant l'envoi aux préfets « de la circulaire dans laquelle Jules Ferry, ministre de « l'Instruction publique, insistait sur la nécessité d'une « surveillance sanitaire des Enfants des Ecoles.

« L'Inspection s'exerce sur les écoles publiques, maternelles et primaires élémentaires, les écoles primaires « supérieures et les écoles professionnelles, ainsi que sur « les écoles privées qui dispensent l'enseignement primaire.

« Les écoles primaires et maternelles, au nombre de 571

« actuellement, enregistraient 190.537 inscrits au 1er no-
« vembre 1932. En banlieue, la population des écoles at-
« teignait, à la même époque, 231.035 élèves pour 593 éta-
« blissements. Ainsi le service de l'Inspection médicale
« dans le département de la Seine exerce sa surveillance
« sur 430.182 enfants ou jeunes gens répartis dans 1.188
« écoles.

« La surveillance sanitaire des écoles et des écoliers est
« confiée à des médecins praticiens, recrutés au concours.

« Les médecins examinent régulièrement les enfants.

« Durant ces dernières années, on a pu noter une dimi-
« nution des cas de maladies contagieuses et parasitaires
« du cuir chevelu et de la peau. La propreté et les habi-
« tudes d'hygiène finissent par pénétrer dans presque
« tous les foyers. Malheureusement peu de chose a été
« fait pour les soins dentaires. »

Ainsi, il est pénible de constater que dans les écoles, on ne se soit pas occupé des soins de la bouche.

Le médecin stomatologiste devrait, au moins une fois par mois, examiner la bouche des enfants.

Il mettrait le résultat de son examen sur une fiche dentaire spéciale et dirigerait les enfants vers les organisations dentaires hospitalières.

En résumé. — Nous pensons avoir mis en valeur le rôle important que nous devons jouer dans les traitements des dents proprement dits.

Le travail que nous devons effectuer est considérable. Le temps qui nous est imparti est limité, le nombre des malades étant trop important.

Actuellement, il faut bien dire qu'il n'est pas possible de traiter toutes les dents cariées, nous sommes obligés de classer les cas suivant leur urgence.

Quant aux traitements orthodontiques, ils ne sont que partiels et à l'état embryonnaire.

PROTHESE

Le centre de prothèse dentaire des Hôpitaux de Paris fonctionne depuis le 1er janvier 1928.

Conçu par M. le Docteur Mourier, directeur général de l'Assistance publique, il a été organisé, d'après les directives de l'Administration centrale par notre très regretté maître le Docteur Sauvez, stomatologiste des Hôpitaux.

Installés dans un pavillon de l'Hospice de la Salpêtrière, les locaux comprennent :

— Une salle d'attente nouvellement agrandie ;
— Un cabinet destiné aux chefs de service ;
— Deux salles d'opération comprenant quatre fauteuils ;
— Un grand atelier de prothèse muni de toute l'instrumentation nécessaire à la prothèse amovible. Cet atelier emploie sept mécaniciens sous la direction d'un chef d'atelier.

Le service fonctionne chaque jour de 8 heures à midi.
Il est dirigé par :

Un chef de service : le Docteur Guilly, Stomatologiste des Hôpitaux ;
Un chef de service adjoint : le Docteur Sassier, Stomatologiste des Hôpitaux ;
Un externe des hôpitaux.

Aux termes des instructions du 17 février 1928, le bénéfice du centre de Prothèse dentaire de la Salpêtrière a été réservé jusqu'à ce jour aux seuls malades parisiens indigents et traités en salle. A dater du 28 décembre 1928, le Directeur général de l'Assistance publique décida que le Centre de Prothèse dentaire pourrait délivrer également des appareils aux malades traités en consultation, à la condition que leur domicile soit à Paris et que leur situation d'indigence soit reconnue.

Les appareils sont délivrés dans les mêmes conditions que celles fixées pour les malades hospitalisés. Ils ne sont fournis que sur la proposition des médecins stomatologistes des hôpitaux ou des hospices et dans le cas où l'état dentaire compromet l'état de santé du malade.

Les appareils délivrés sont limités aux éléments indispensables pour permettre une mastication suffisante.

La personne qui sollicite un appareil doit obtenir un certificat du chef de service d'un hôpital quelconque. Le certificat est ainsi rédigé :

Je soussigné, stomatologiste des Hôpitaux,..... certifie que M..... est en état d'insuffisance masticatoire.

Il subsiste :

..... dents au maxillaire supérieur

..... dents au maxillaire inférieur.

Il y a lieu de lui faire porter un appareil de prothèse :

du haut de ..... dents,

et du bas de ..... dents.

Paris, le 1935,

Signature :

Vu, pour certification matérielle
de la signature de M.
Le Directeur.

La personne qui sollicite l'octroi d'un appareil de prothèse dentaire gratuit doit demander à la direction de l'hôpital dans lequel se trouve le service de stomatologie qui a délivré le certificat, l'établissement d'une fiche D-3 bulle.

Certificat du stomatologiste et fiche D-3 bulle doivent être envoyés par les soins de la Direction de l'Hôpital à M. le chef du Service des Hôpitaux et Hospices, 3, avenue Victoria, qui seul a qualité pour délivrer l'autorisation d'appareiller.

Par une circulaire en date du 19 décembre 1930, on étendit le bénéfice de l'atelier de prothèse de la Salpêtrière aux malades ayant leur domicile de secours en banlieue.

Enfin, par la circulaire du 7 novembre 1933, conformément à la demande du Syndicat des médecins stomatologistes des Hôpitaux de Paris, le centre de prothèse dentaire de la Salpêtrière est autorisé, à titre d'essai, à fabriquer, d'une part des appareils de redressement destinés aux enfants traités dans les consultations de stomatologie et atteints d'atrésie des mâchoires et, le cas échéant, des appareils obturateurs pour becs de lièvre, d'autre part des appareils de contention pour les fractures des maxillaires soignées dans les services hospitaliers.

Disons, pour être complet, que l'Ecole de Stomatologie et les écoles dentaires de Paris fournissent des appareils dentaires aux indigents en qualité de dispensaires de l'Assistance publique.

Nous pouvons constater que l'Assistance publique a mis tout en œuvre pour procurer des appareils aux malades indigents.

Il faut enregistrer avec satisfaction que cette décision a rendu de grands services. En effet, nous n'avons pas besoin d'insister sur la répercussion qu'elle peut avoir sur l'état général des malades.

Nous n'avons pas parlé de la prothèse fixe.

C'est qu'elle n'est pas pratiquée dans les services hos-

pitaliers. Nous pensons qu'il est impossible, par exemple, de procurer aux malades des bridges, des dents à pivot, des inlays en or, etc...

Nous devons procurer une prothèse rationnelle, une prothèse qui donne toutes les garanties quant à la durée et à l'utilité.

RAPPORTS DES AFFECTIONS DE LA BOUCHE AVEC LES AFFECTIONS GENERALES

Les infections bucco-dentaires qui restent souvent strictement locales peuvent, dans certaines conditions, dépasser les limites de la cavité buccale.

Tantôt elles envahissent les régions péri-buccales, tantôt elles diffusent dans l'organisme tout entier. Cette diffusion est due, soit à l'augmentation de la virulence ou de la toxicité des microbes, soit à la diminution de résistance du terrain, le plus souvent ces facteurs sont associés.

Nous étudierons successivement :

1° Les affections muqueuses : gingivites, stomatites ;

2° La pyorrhée ;

3° Les infections générales d'origine bucco-dentaire ;

Stomatites

Nous serons souvent amenés à examiner des malades porteurs de stomatites. Ou bien ce sont des malades venus directement dans le service ou bien ils auront été envoyés

par les différents services de médecine, surtout parce qu'on leur institue ou qu'on leur instituera un traitement antisyphilitique. Par conséquent, nous serons en présence de plusieurs cas de stomatites.

Et d'abord ce sera une légère gingivite tartrique banale qui sera supprimée par un détartrage et une bonne hygiène buccale.

Ou bien l'inflammation de la muqueuse sera due à une cause générale (constipation, urémie, règles, grossesse) ou à une cause alimentaire (usage prolongé des condiments). D'autre part, l'inflammation peut se localiser en certains points dans le cas d'une épine irritative locale (tartre, chicot, rebord de carie, appareil dentaire, surtout éruption dentaire). Dans tous les cas, le traitement suivant sera imposé :

1° Nettoyage des arcades dentaires et des collets avec un tampon de coton hydrophile imprégné d'eau oxygénée à 12 volumes ;

2° Procéder vingt-quatre heures après au détartrage ;

3° Prescrire des bains de bouche prolongés d'eau tiède avec une solution de borate de soude à 10 % ;

4° Faire suivre le détartrage d'une application de teinture d'iode fraîche au niveau des collets ;

5° Recommander au malade de se savonner les dents et les gencives trois fois par jour.

Généralement la stomatite guérit au bout de trois ou quatre jours de traitement.

Ce traitement est valable pour les stomatites érythémato-pultacées.

La stomatite peut revêtir une forme plus grave, plus profonde dans son évolution : ce sera la stomatite ulcéreuse dont la nature a été discutée. Elle peut revêtir plusieurs formes. Elle succède à la stomatite catarrhale dans une bouche en mauvais état, avec tartre abondant et

racines multiples. Souvent elle apparaît au cours de l'éruption des dents : dent de sagesse inférieure surtout, elle est alors unilatérale, c'est la stomatite ulcéreuse neurotrophique.

Pour cette forme de stomatite, il y a lieu, comme dans les autres formes, de nettoyer la bouche. Application de bleu ou de novar ; des lavages au bock avec des solutions antiseptiques faibles. La seconde partie du traitement s'adresse à la cause : détartrage, extraction des racines, des dents infectées ou des dents en évolution.

Très rarement, nous voyons des stomatites gangréneuses dues surtout à la misère physiologique d'origine variable : maladies chroniques, intoxications, pyrexies graves. Dans cette forme l'état général est atteint. Il faudra instituer le traitement préconisé précédemment, mais en même temps il faudra attaquer précocement et largement au thermocautère les foyers gangréneux et les réséquer dans la plus large mesure possible.

Les services de médecine sont souvent amenés à pratiquer des traitements antisyphilitiques. Les stomatites mercurielles et bismuthiques surviennent principalement chez les malades dont la bouche n'est pas en bon état. Certes, il faudra tenir compte de la faculté d'élimination médicamenteuse en rapport avec le foie et les reins, mais il est nécessaire, avant tout traitement antisyphilitique, d'instituer un traitement stomatologique.

Néanmoins, nous sommes amenés à soigner ces stomatites. On suspendra le traitement antisyphilitique pendant quelques jours. Il importe de faire des bains de bouche fréquents avec des solutions faibles de formol par exemple (II à III gouttes dans un verre d'eau). Les grands lavages de bouche au bock avec une solution tiède et alcaline (10 grammes de borate de soude par litre).

En cas d'ulcérations, on pratiquera des attouchements au bleu de méthylène ou au novarsénobenzol. Pour faire disparaître le liseré bismuthique, on peut, suivant la tech-

nique préconisée par Fargin-Fayolle, pratiquer alternativement des attouchements d'acide trichloracétique à la partie interne de la gencive et des scarifications à la partie externe, de façon à provoquer une petite hémorragie qui entraîne les grains de sulfure de plomb.

Signalons que l'intoxication par le plomb occasionne des stomatites diffuses avec liseré de Burton.

Depuis l'emploi des sels d'or dans le traitement de la tuberculose, nous voyons parfois des stomatites auriques, si bien décrites par M. Duflos dans sa Thèse de Paris en 1934.

Certains médicaments tels que le benzol, le chloral, les salicylates, la quinine, la belladone, le copahu, l'antipyrine, la gonacrine peuvent, chez certains sujets, déterminer une stomatite. Il faudra y penser lorsque nous ne trouverons aucune cause à une stomatite légère.

D'autre part, disons que chez la femme enceinte, il n'est pas rare de découvrir une stomatite qui, d'ailleurs, disparaîtra par le traitement déjà énoncé plus haut.

Par conséquent, les stomatites sont fréquentes. Dans nos services de stomatologie, nous devrons rechercher leurs causes. En même temps, il faudra examiner le foie et le rein des malades. Les médecins des autres services qui institueront un traitement antisyphilitique devront systématiquement nous envoyer les malades afin que nous fassions les soins de la bouche adéquats qui empêcheront une stomatite éventuelle. Nous insistons sur la nécessité de pratiquer un examen buccal avant tout traitement antisyphilitique, car le malade sera très peiné de constater un liseré bismuthique, signature de son affection, honteuse pour beaucoup de gens. Certains malades iront même jusqu'à refuser tout traitement. En définitive, nous apporterons aux syphilitiques un véritable soulagement moral en leur évitant cette disgracieuse et douloureuse stomatite.

La Pyorrhée

Nous en faisons un chapitre à part, car cette affection vraiment complexe a donné prétexte à des travaux importants et tous les jours nous découvrons cette maladie en examinant la bouche de nos malades qui, la plupart du temps, ne viennent que pour des extractions dentaires.

Charles Ruppe, dans sa revue générale sur la pyorrhée, dit : « On fait de la pyorrhée, soit une maladie infectieuse spécifique, soit une maladie de cause locale, soit enfin une maladie à cause générale dont la localisation alvéolo-dentaire est favorisée par quelques causes locales. »

Nous voyons donc que toute la Pathologie a été invoquée dans la genèse de la pyorrhée.

Certains auteurs ont défendu la théorie infection spécifique, ils ont cherché à déterminer le germe causal, mais la spécificité de ces germes n'a pas été prouvée et l'inoculation à l'animal a donné des lésions phlegmoneuses banales et non de la pyorrhée. Les partisans de la théorie locale voient dans l'alvéolyse la résultante d'un traumatisme, un dépôt de tartre, une bague de couronne mal ajustée et surtout un défaut d'articulé. Parmi ces causes locales, une est à retenir, c'est l'occlusion traumatique.

Puis devant l'incertitude de ces hypothèses, on s'est demandé s'il ne fallait pas chercher l'étiologie de la pyorrhée dans une cause générale et s'il ne fallait pas considérer la pyorrhée comme la résultante d'un état pathologique de l'économie tout entière.

Le Docteur Rousseau-Decelle fait de l'alvéolyse un processus physiologique qui, normalement, ne se développe qu'à un âge avancé, mais qui peut être déclenché d'une façon précoce sous l'influence de causes locales et de causes générales.

Avant quarante ans, l'alvéolyse est surtout occasionnée par des causes locales et après quarante ans il semble

que ce soit des causes internes et des causes générales qui prédominent dans l'étude de la pyorrhée.

Il faut invoquer : la ménopause, le rhumatisme, l'arthritisme, la sénilité, la goutte et surtout depuis quelque temps les troubles des glandes à sécrétion interne.

Les affections générales d'origine dentaire

Il est établi depuis longtemps que les foyers infectieux bucco-dentaires peuvent essaimer dans le torrent circulatoire des décharges microbiennes. Dès 1890, Galippe, puis Muller en 1891, signalent que la source de nombreux accidents infectieux généraux peut être retrouvée dans la cavité buccale. Sebileau, en 1900, puis Hunter en Angleterre, signalent que des pleurésies, des néphrites, des cholécystites, des endocardites relèvent souvent d'une infection dentaire.

Citons les travaux de Tellier, Sabatier, Chauffard, Ramon, Simon et Poupardin, Dufourmentel et Frizon, Lattès et Perez.

Aujourd'hui, nous parlons beaucoup des formes atténuées, chroniques de ces septicémies. J. Tellier en France, Hunter en Angleterre, Billings aux Etats-Unis, demeurent trois grands propagandistes de cette nouvelle théorie des infections locales d'origine bucco-dentaire.

A propos des septicémies bucco-dentaires, MM. les Docteurs Raison et Thibault, dans un rapport présenté au VIe Congrès de Stomatologie en 1929, écrivent :

« Toutes les infections graves d'origine bucco-dentaire peuvent être la cause de septicémies aiguës. Ces accidents peuvent se produire dans de multiples conditions locales et générales. »

Nous insisterons sur certaines d'entre elles particulièrement intéressantes à considérer parce qu'elles mettent en valeur d'importantes causes favorisantes.

Il faut faire entrer en ligne de compte la virulence des germes pathogènes et la déficience locale ou générale de l'organisme.

Une septicémie peut survenir à la suite d'une extraction dentaire. Rarement, heureusement, l'anesthésie peut jouer un rôle. L'avulsion traumatique opératoire vient faciliter la pénétration de l'infection dans le courant sanguin.

Avant de commencer une extraction, il est nécessaire de désinfecter la bouche.

Nous nous occuperons surtout des septicémies chroniques d'origine bucco-dentaire résultant de l'envahissement minime et prolongé du milieu sanguin par des microbes à faible virulence provenant surtout de lésions gingivo-alvéolaires.

Le rôle du spécialiste est de ramener aux causes dentaires les lésions d'ordre général qui l'intéressent.

En effet, les lésions buccales évoluent pendant des années sans attirer l'attention du malade, étant peu douloureuses, peu apparentes et parfois difficiles à déceler.

Les principales causes buccales de septicémies chroniques sont : la pyorrhée alvéolaire, l'arthrite apicale chronique, les granulomes. Disons que les granulomes, quel que soit le stade de leur évolution, s'objectivent par des signes cliniques souvent très discrets. La radiographie seule permet souvent de dépister ces lésions apicales chroniques. Elle permet d'en vérifier la fréquence. Le granulome constitue un foyer d'essaimage microbien des plus importants.

Abordons maintenant les manifestations cliniques secondaires de la focale infection d'origine dentaire.

Iron (Journal Am. Méd. Assoc. 1916) a noté la présence d'infection alvéolo-dentaire chez :

76 % des malades porteurs de lésions articulaires;

45 % des malades atteints de néphrite ;

25 % des malades souffrant d'ictère gastro-duodénal ;
25 % des malades présentant des lésions cardio-vasculaires.

D'innombrables cas de rhumatisme bucco-dentaire ont été rapportés en Amérique. Goaldy, Billings, Duke estiment cette étiologie très commune et plus fréquente que la syphilis, la tuberculose et la blennorrhagie. Il faut mettre à part le R. A. A., véritable maladie infectieuse spécifique nettement individualisée par ses symptômes et son traitement. Il faut mentionner qu'au cours du R. A. A., on rencontre une réaction inflammatoire du côté de la bouche, mais cette manifestation n'a, avec la crise rhumatismale, aucun rapport de causalité.

Il faut, par contre, concevoir différemment les pseudo-rhumatismes, à l'origine desquelles des infections chroniques de nature variée peuvent être décelées.

L'expression clinique de ces manifestations rhumatismales est polymorphe et n'a rien de spécifique. Il s'agit parfois de simple myalgie, myalgie scapulaire, torticolis, lumbagos, qui surviennent après un épisode dentaire durant quelques jours et sont nettement améliorés par l'avulsion de la dent causale.

Dans d'autres cas, apparaissent des douleurs articulaires et une poussée fébrile qui simulent une atteinte légère de R. A. A. sans que l'attention soit attirée du côté de la cavité buccale. Le plus souvent, le début est progressif, l'impotence fonctionnelle et les douleurs s'installent en plusieurs semaines. Quelle que soit leur intensité, ces troubles restent caractérisés par leur résistance à toutes les médications, en particulier au salicylate de Na. Ils cèdent, au contraire, à l'action de vaccins préparés par des microbes isolés des lésions dentaires et disparaissent après suppression des sources d'infection alvéolaire. (Obs. Rousseau Decelle, Heiden.)

Localisation cardiaque. — De toutes les affections cardio-vasculaires attribuées à l'infection bucco-dentaire, **l'endocardite chronique maligne** est la mieux individualisée par ses caractères cliniques, anatomiques et bactériologiques.

Elle apparaît comme une streptococcie lente dont les germes non hémolytiques peu toxiques, peu pathogènes

L'ulcère gastrique et duodénal serait également, selon la conception des frères Mayo, déterminé par une localisation infectieuse secondaire. Par conséquent, il paraît judicieux de faire accompagner la cure médicale ou précéder l'intervention chirurgicale par un traitement bucco-dentaire complet. Ainsi que le dit V. Pauchet : « Le dentiste passera avant le chirurgien ».

Les entérocolites et les appendicites, les cholécystites chroniques peuvent être également causées par une infection chronique émanée de la bouche.

Localisations pulmonaires. — L'abcès gangréneux du poumon est, en effet, l'expression clinique la plus fréquente des lésions broncho-pulmonaires stomatogènes.

Localisations oculaires. — De longue date, les cliniciens ont reconnu une relation de causalité entre les infections bucco-dentaires et certaines lésions oculaires, celles du tractus uvéal en particulier.

Lang, dès 1913, disait avoir trouvé 215 cas d'affections oculaires d'origine dentaire, 139 causés par la pyorrhée alvéolaire sur 10.000 malades qu'il avait eu l'occasion d'examiner.

Les affections les plus souvent rencontrées, conjonctivites, hémorragies sous-conjonctivales, kérato-conjonctivites, iritis et iridocyclites, ont été guéris par une thérapeutique dentaire et uniquement dentaire, alors que plusieurs thérapeutiques avaient été employées auparavant. Précisons que les germes dentaires sont introduits dans la

coque oculaire par voie artérielle, par les artères ciliaires et l'artère centrale de la rétine.

Rapports avec l'oto-rhino-laryngologiste

C'est peut-être le spécialiste auquel nous aurons le plus souvent à demander des conseils, c'est lui aussi qui sera obligé de faire appel à nos compétences pour poser des diagnostics.

***

Quel doit être le rôle du médecin en présence des données ainsi établies.

Nous envisageons plusieurs cas:

1° L'affection présentée par le malade est grave, elle met sa vie en danger : endocardite maligne, ulcère gastro-duodénal.

Si l'origine buccale est nettement établie, le traitement bucco-dentaire est alors radical.

Si l'origine dentaire reste incertaine, même thérapeutique.

Si plusieurs lésions infectieuses sont simultanément suspectées, telles qu'une appendicite, une cholécystite chronique, il vaut mieux, en général, commencer par le traitement dentaire et pratiquer les épreuves bactériologiques de contrôle avant de se livrer à des interventions plus graves.

Cependant, s'il y a en même temps infection amydalienne et infection gingivo-dentaire, l'amygdalectomie sera à l'ordinaire pratiquée la première.

2° Le malade présente une affection chronique évoluant depuis quelques mois, rhumatisme infectieux chronique par exemple :

a) Si l'origine bucco-dentaire est établie, un traitement chirurgical adéquat et aussi systématique que le précédent

sera entrepris et complété par une autovaccinothérapie pour faciliter la réaction du malade ;

b) Si l'infection bucco-dentaire est seulement suspectée en l'absence de toute autre source infectieuse, le traitement sera plus conservateur.

Le malade ne vient pas consulter pour une affection organique, il n'est pas adressé par son médecin traitant. C'est à l'occasion d'un banal examen bucco-dentaire, clinique et radiographique que le spécialiste découvre certains foyers d'infection. En l'absence de toute manifestation organique, le traitement conservateur paraît alors être indiqué : résection gingivale et soins d'hygiène buccale pour les lésions pyorrhéiques, tentative de traitement radiculaire ou curettage apical pour les lésions granulomateuses.

Ainsi que nous l'avons indiqué, l'état de la dent, son importance esthétique ou fonctionnelle, son utilisation éventuelle pour une prothèse restauratrice devront être pris en considération dans cette troisième catégorie de malades.

En conclusion :

Le médecin doit tenir compte des relations qui existent entre des foyers d'infection chronique alvéolo-dentaire et certaines maladies à distance.

Par conséquent, pour mettre en pratique ce que nous venons de développer, notre rôle à l'hôpital sera :

1° D'intervenir en temps opportun lors d'une inflammation locale aiguë pour prévenir la dissémination infectieuse et de compléter au besoin cette intervention par un traitement général anti-infectieux ;

2° D'éviter l'atteinte infectieuse de la dent : protéger l'organe pulpaire et éliminer l'infection gin-

givale de la pyorrhée si souvent négligée et cependant source certaine d'infection générale.

Nous pouvons dès maintenant, en tenant compte de ce que nous venons de dire, attacher une grande importance aux rapports qui existent entre le médecin spécialiste s'occupant uniquement des soins de la bouche, et le médecin qui traite les affections générales.
peuvent provenir de différents foyers : amygdaliens, pharyngiens, génitaux et notamment de foyers alvéolaires.

En fait, l'endocardite chronique maligne à forme lente s'observe chez des sujets déjà cardiaques, chez d'anciens rhumatisants ou des syphilitiques. (Obs. de Lesbre et Grandclaude.)

Pour tous ces malades, on doit donc, avec J. Tellier, considérer la suppression des foyers infectieux bucco-dentaires comme une règle impérative de thérapeutique préventive.

Localisations rénales. — Certaines affections rénales chroniques telles que l'albuminurie, la néphrite, la lithiase dont l'origine souvent méconnue pourrait résulter de l'atteinte prolongée et indéfiniment répétée du tissu glomérulaire par des bactéries issues des différents foyers, entre autres de foyers alvéolaires (travaux T. Bell et J. Clair). Lebedinsky (Revue de stomatologie, 1925, p. 326) entrevoit un syndrome bucco-entéro-rénal consécutif à la pyophagie et proche parent du syndrome entéro-rénal décrit par Heltz-Boyer (observation de Christophe).

Localisations gastro-intestinales. — En première ligne viennent la gastrite septique, l'ictère gastro-duodénal et l'appendicite.

C'est Hunter qui, en 1901, attira l'attention sur une forme de gastrite septique consécutive à la déglutition du pus de la pyorrhée alvéolaire et plus fréquemment encore

aux suppurations compliquant la carie dentaire. Cette gastrite septique est liée dans bien des cas à la pyophagie (Lebedinsky). Tellier estime toutefois qu'elle peut relever d'une septicémie d'origine bucco-dentaire. Un fait certain est que, chez les malades souffrant de cette forme de gastrite, les extractions et la désinfection buccale font disparaître les troubles digestifs bien avant que la cicatrisation des gencives permette une mastication moins défectueuse.

CONCLUSIONS

Il semble que nous puissions tirer de ce travail les conclusions suivantes :

I. — Les soins de la bouche et des dents ont pris au cours des dernières années, une importance considérable dans le milieu hospitalier ;

II. — Nous devons faire tous nos efforts pour donner une grande extension aux services de consultations dentaires ;

III. — Nous devons chercher à assurer aux malades une bouche saine et une prothèse économique et utile ;

IV. — Nous pensons que les services de stomatologie devraient être munis de lits destinés à recevoir les malades dont les soins nécessitent l'hospitalisation ;

V. — Nous devons mettre tout en œuvre, à l'hôpital, pour intensifier les soins dentaires chez les enfants.

Pour cela, il faudrait :

a) Créer des consultations du jeudi après-midi exclusivement réservées aux enfants ;

b) Etablir un lien entre l'hôpital et les médecins inspecteurs des écoles primaires ;

c) Pratiquer régulièrement les traitements orthodontiques ;

VI. — Le service de stomatologie doit être un centre de prophylaxie et de dépistage ;

VII. — La stomatologie s'intègre de plus en plus dans la médecine. Par conséquent, le stomatologiste doit être en rapport étroit avec les médecins qui traitent les affections générales.

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE des SOINS de la BOUCHE DANS LE MILIEU HOSPITALIER

par Raymond FRAK

né à Paris, le 7 Juillet 1909

Président : M. LEMAITRE, *Professeur.*

VU et PERMIS D'IMPRIMER :

Vu le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu le Recteur,
M. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Docteurs Rousseau, Deulle et Raison. — *Pathologie buccale* (Masson et Cie, 1933).

Docteur G. Izard. — *Orthodontie* (Masson et Cie, 1930).

Docteur Raison. — Indications et contre-indications des extractions à chaud. *Communication faite au VIIe Congrès Français de Stomatologie*, Paris, 1932 (G. Doin, édit.).

Docteurs Raison et Thibault. — *Rapport présenté au VIe Congrès de Stomatologie*, Paris, 1929.

Docteur E. Apert. — Des soins à donner aux dents de lait. *Bull. Méd. Paris*, 1er février 1930.

Docteur Guébel. — Influence d'une mauvaise hygiène dentaire sur le travail des écoliers. *La Médecine*, n° 17, décembre 1931.

Docteur Hautefeuille. — Considérations sur l'hygiène dentaire scolaire, n° 17, 27 avril 1930.

Docteur Thibault. — Pourquoi et comment surveiller la denture temporaire chez l'enfant. *La Pédiatrie pratique*, 5 novembre 1927, n° 31.

Sapet. — Hygiène dentaire infantile en France. *La Semaine dentaire*, 2 mars 1930.

Archives de la Bibliothèque de l'Assistance publique de Paris.
Docteur BRUNET. — Infection d'origine buccale. *Thèse* 1923.

OMNÈS. — Pyorrhée. Rôle des troubles ovariens dans la production de l'alvéolyse. *Thèse Paris,* 1922.

M. Maurice GRANDJEAN, inspecteur des services d'hygiène scolaire à la Préfecture de la Seine. — *Rapport présenté au Congrès international de l'Enfance* tenu à Paris le 12 juillet 1933.